

МИРИНГОПЛАСТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТУБОТИМПАНАЛЬНОМ ОТИТЕ

Куницкий В.С., Аль-Хамади Сами Хамид, Хусам Э.Р.
*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Среди новых интенсивных технологий в различных странах мира интенсивно развиваются новые технологии, ставящие перед собой задачу реабилитации пациентов, страдающих нарушением слуха. В последнее время расширяются показания к слухоулучшающим операциям за счет так называемых клинически неблагоприятных форм заболевания, лечение которых сопряжено с риском возникновения рецидивов перфорации и оторреи. К числу клинически неблагоприятных форм хронического гнойного среднего отита относится, в том числе и хронический туботимпанальный отит при наличии перфорации бара-

банной перепонки, превышающей 50% ее площади (Ситников В.П., 1985; Хусам Э.Р., 1995). Достижение морфологического и функционального эффекта при выполнении мирингопластики у указанной категории пациентов сопряжено со значительными техническими трудностями. Высокой эффективности оперативного лечения препятствует ограниченный контакт питающего ложа с трансплантатом, необходимость выкраивания меатотимпанальных лоскутов и дезэпидермизация участков наружного слухового прохода (Петрова Л.Г., 2003).

Под нашим наблюдением находилось 80 пациентов, страдающих хроническим туботимпанальным отитом (ХТО) в возрасте от 18 до 55 лет. Женщин было 48, мужчин - 32. У 36 больных (первая обследуемая группа) был выявлен ХТО в фазе длительной (не менее 3-х лет) ремиссии, что позволило выполнить мирингопластику без предшествующей антроадитомии.

У 44-х больных, отнесенных во вторую группу, отмечались периодические гноетечения из уха. У пациентов данной группы перед реконструктивным этапом выполнялась антроадитомия с наложением антродренажа. Реконструкция барабанной перепонки осуществлялась через 3-4 месяца после санирующего этапа при наличии «сухой перфорации».

Для реконструкции барабанной перепонки использовался двухслойный трансплантат, состоящий из ультратонкой аутохрящевой пластики (40 - 60 мкм) и аутофасции височной мышцы пациента. Забор аутохрящевой пластинки производился во время первого этапа операции – подслизистой резекции перегородки носа. Ультратонкие аутохрящевые пластинки производились при помощи специального оригинального устройства для производства плоскопараллельных пластин. Контрольные осмотры оперированных пациентов проводились через 1, 2, и 3 года после произведенной мирингопластики.

Мирингопластика выполнялась после осуществления забора фрагмента четырехугольного хряща перегородки носа и приготовления из него ультратонкой хрящевой пластинки. Мирингопластика осуществлялась традиционным заушным доступом, который является наиболее эффективным при суженном или извитом наружном слуховом проходе, а также при наличии костных экзостозов в области передней костной стенки наружного слухового прохода. Кроме этого, заушный доступ позволяет получить второй компонент двухслойного трансплантата – фрагмент аутофасции височной мышцы из одного доступа. Под операционным микроскопом при увеличении 6 и 10 раз выполнялась дезэпидермизация остатков барабанной перепонки при помощи серповидного ножа и микроиглы. Эпидермальный слой снимался с

подлежащего фиброзного слоя, начиная от периферии к центру, для предупреждения увеличения размеров перфорации. Следующим этапом осуществлялось моделирование ультратонкой аутохрящевой пластинки по форме и размеру имеющейся перфорации тимпанальной мембраны и укладывание ее на предварительно подготовленное ложе. Размеры аутохрящевой пластинки должны превышать размеры перфорационного отверстия на 1,0-1,5 мм по периметру для обеспечения ее опорной роли в структуре многослойного трансплантата. Сформированный указанным образом трансплантат для барабанной перепонки покрывался перфорированным фрагментом перчаточной резины, предварительно окрашенной бриллиантовым зеленым для облегчения ее поиска в наружном слуховом проходе в послеоперационном периоде. Сформированный многослойный трансплантат фиксировался путем рыхлой тампонады наружного слухового прохода ватными тампонами в виде «якорьков» с мазью «Левомеколь» для профилактики возможного смещения трансплантата или его отдельных компонентов. Через 4-5 часов из полости носа удаляют тампон из полости носа с целью уменьшения явлений послеоперационного ринита. В первой группе пациентов при осмотре через год после мирингопластики было выявлено полное приживление трансплантата у 87% больных, через 2 года после операции - у 85% больных и через три года у 82% обследованных. Во второй группе при осмотре через год после операции рецидив перфорации барабанной перепонки отсутствовал у 91% пациентов, при осмотре через 2 года - у 85% больных и через 3 года у 79% обследованных. При тональной пороговой аудиометрии выполняемой в те же сроки было обнаружено что костно - воздушный интервал у пациентов первой группы в пределах менее 20 дБ отмечался у 80% пациентов через 1 год после операции и у 75% пациентов через 2 и 3 года после мирингопластики.

У пациентов второй групп указанный показатель через 1 год после операции составил 89% через 2 года - 81% и через 3 года - 76%. Полученные результаты позволяют сделать заключение, что мирингопластика с использованием двухслойного трансплантата из ультратонкой аутохрящевой пластинки и аутофации височной мышцы позволяет достичь стойкого морфологического и функционального эффекта при ХТО в раннем послеоперационном периоде. На эффективность операции в отдаленном периоде оказывает влияние фаза ХТО, в которой было начато лечение заболевания. Лучшие результаты отмечаются у тех пациентов, которые были оперированы в фазе длительной стойкой ремиссии воспалительного процесса в ухе.

Выводы:

1. Предложенная методика мирингопластики с использованием двухслойного трансплантата, с использованием ультратонкой аутохрящевой пластинки из хряща перегородки носа и аутофасции височной мышцы является высокоэффективным методом лечения больных ХТО.

2. Данная методика позволяет совмещать мирингопластику с подслизистой резекцией перегородки носа, в ходе которой осуществляется забор аутохрящевого материала.

Литература:

1. Петрова Л.Г. О способах, повышающих эффективность мирингопластики // Тез докл. конф. – Минск, 2003. – С. 19-21
2. Ситников В.П. Особенности хронического гнойного воспаления среднего уха и его хирургическое лечение в экологических условиях Крайнего Севера: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.04. - Москва, 1985. - 34 с.
3. Хусам Э. Р. Хирургическое лечение больных хроническим гнойным мезотимпанитом при неблагоприятных клинических формах заболевания: Дисс ... канд. мед. наук: 14.00.04. - Витебск, 1995. -147 с.